·论著·

信息化建设赋能紧密型县域医共体高质量发展的机制研究

边颖[1]，尹刚[2]，张梓洵[1]，陶红兵[1，3*]

1.430030 湖北省武汉市，华中科技大学同济医学院医药卫生管理学院
2.314001 浙江省嘉兴市，嘉兴大学医学院
3.430030 湖北省武汉市，华中科技大学同济医学院医院管理与发展研究中心
*通信作者：陶红兵，教授/博士生导师；E-mail：hhbtao@hust.edu.cn

【摘要】 **背景** 随着我国紧密型县域医共体信息化建设的全面推开，各地充分利用互联网信息技术探索适宜县域医共体发展的路径，如何依托信息化建设提升基层医疗卫生服务能力成为重要议题。**目的** 了解信息化建设赋能紧密型县域医共体高质量发展的机制。**方法** 于2023年12月，采用目的抽样法选取G县医共体的28名医务人员进行半结构化访谈，访谈主题包括医共体在信息化建设中的特色/亮点、成效及信息技术在医共体内部管理中的应用等。同时，选取有关县域医共体建设的政策文件和新闻报道作为二手资料。遵循程序化扎根理论方法，通过开放性编码、主轴编码、选择性编码对访谈资料及二手资料进行编码和分析。**结果** 经开放性编码提取到概念134个，基本范畴48个；经主轴编码获得6个主范畴；经选择性编码形成理论框架，理论框架主要分为4个机制，一是上下联动机制，二是医防融合机制，三是数据共享机制，四是基金管理机制。**结论** G县医共体通过完善顶层设计，加强医共体统一管理和责任落实，依托信息化赋能紧密型县域医共体单位间的分工协作、服务整合、互联互通和利益共享机制，推动紧密型县域医共体高质量发展。

【关键词】 紧密型县域医共体；分级诊疗；信息技术；质性研究；扎根理论
【中图分类号】 R 197 【文献标识码】 A DOI：10.12114/j.issn.1007-9572.2024.0271

The Mechanism of Information Construction Enabling High-Quality Development of Compact County-level Medical Consortium

BIAN Ying[1]，YIN Gang[2]，ZHANG Zixun[1]，TAO Hongbin[1，3]*

1.School of Medicine and Health Management，Tongji Medical College，Huazhong University of Science and Technology，430030 Wuhan，China
2.Jiaxing University College of Medicine，Jiaxing 314001，China
3.Research Center of Hospital Management and Development，Tongji Medical College，Huazhong University of Science and Technology，430030 Wuhan，China
**Corresponding author：TAO Hongbing，Professor/Doctor supervisor；E-mail：hhbtao@hust.edu.cn*

【Abstract】 **Background** With the comprehensive launch of the information construction of China's close-knit county-level medical consortium，localities are making full use of Internet information technology to explore mechanisms suitable for the development of county-level medical consortium，and how to rely on information technology construction to enhance the capacity of primary health care services has become an important issue. **Objective** Explore the mechanism of information construction to empower the high-quality development of compact medical consortium. **Methods** Purposive sampling method was used to conduct semi-structured interviews in December 2023 with 28 medical staff from the medical community in County G. The interview topics centered on the characteristics and highlights of the medical community in the construction

基金项目：国家自然科学基金资助项目（72074093）
引用本文：边颖，尹刚，张梓洵，等.信息化建设赋能紧密型县域医共体高质量发展的机制研究[J].中国全科医学，2025. DOI：10.12114/j.issn.1007-9572.2024.0271.［Epub ahead of print］［www.chinagp.net］
BIAN Y，YIN G，ZHANG Z X，et al. The mechanism of information construction enabling high-quality development of compact county-level medical consortium［J］. Chinese General Practice，2025.［Epub ahead of print］

of information technology, its effectiveness, and the application of information technology in the internal management of the medical community, etc. At the same time, policy documents and news reports on the construction of the county-level medical community were selected to serve as the secondary data. The interview data and secondary data were coded and analysed through open coding, axial coding and selective coding, following programmed rooting theory approach. **Results** Through open coding, 134 concepts and 48 basic categories were extracted; 6 main categories were obtained through axial coding. Theoretical framework was formed through selective coding, which mainly consists of 4 mechanisms, they are the mechanism of top-down linkage, the mechanism of integration of medical treatment and prevention, the mechanism of data sharing, the mechanism of fund management. **Conclusion** County G medical consortium improves the top-level design and strengthens the unified management and responsibility implementation of the medical consortium; and empowers the division of labor, service integration, interconnection and benefit-sharing mechanism among units of the compact county-level medical consortium through informatization, so as to promote the high-quality development of the compact county-level medical consortium.

【Key words】 Compact county-level medical consortium; Hierarchical diagnosis and treatment; Information technology; Qualitative research; Grounded theory

开展紧密型县域医共体建设是强化基层医疗卫生服务的重要举措，随着数字化信息技术的蓬勃发展，医疗信息化建设成为县域医共体高质量发展的重要驱动力[1]。2020 年 9 月国家卫生健康委发布《紧密型县域医疗卫生共同体建设评判标准和监测指标体系》，指出评判标准由责任、管理、服务、利益共同体 4 个维度构成，要求各地加强信息互联互通，强化建设评判标准和监测指标数据质量管理[2]。2021 年《国务院办公厅关于推动公立医院高质量发展的意见》[3]和《关于印发公立医院高质量发展促进行动（2021—2025 年）的通知》[4]先后发布，提到要强化信息化支撑作用，推进医院信息化建设标准化、规范化水平。2023 年 12 月国家卫生健康委发布《关于全面推进紧密型县域医疗卫生共同体建设的指导意见》，提到要加强数据互通共享和业务协同，统一县域医共体内信息系统[5]。信息化建设是理顺协同治理秩序的重要工具[6]，在由单个机构的发展转向县域医疗卫生体系整体发展进程中具有重要地位，政府应当密切关注并积极参与到信息化建设进程中，采取实时监督的方式推动信息化建设的深入实施[7]。但目前，我国县域医共体信息化建设存在政府主导与监督力度不足、基础信息系统薄弱和区域内信息平台无法联通[8]，业务对接和数据共享未实现全面畅通[9]等问题，在很大程度上限制了医疗资源的使用效率和健康管理能力的提升。此外，卫生资源配置结构性失衡问题由来已久，不同等级医院之间相互割裂、分工合作关系难以形成。因此，通过信息化建设优化资源配置，构建责任、管理、服务、利益共同体对于紧密型县域医共体实现高质量发展至关重要。现有研究分析了我国县域医共体信息化建设现状[8]和信息共享情况[10]，也有研究对信息化赋能紧密型县域医共体流程优化机制进行研究[11]。对于紧密型县域医共体的建设而言，统一管理和组织协调极其关键，然而，如何有效地运用信息技术来加强不同部门与层级之间的协同机制，使紧密型县域医共体整体实现高质量发展有待进一步研究。基于此，本研究采用扎根理论深入剖析河南省 G 县医共体案例，通过编码分析信息化建设在医共体内的赋能机制，以期为信息化赋能紧密型县域医共体高质量发展提供参考。

1 资料与方法

1.1 资料来源

G 县是河南省直管县级市，国家卫生健康委于 2019 年 5 月将其列为推进紧密型医共体建设试点县市，G 县总医院通过信息化建设构建了可复制、可推广的紧密型医共体模式。本研究采用定性研究方法，资料来源于两部分：一是对紧密型医共体 28 名医务人员的半结构化访谈，二是选取的具有代表性的二手资料。（1）采用目的抽样法，于 2023 年 12 月对 G 县医共体总医院、中医院、妇幼保健院、3 个社区卫生服务中心、4 家乡镇卫生院的 28 名医务人员开展访谈。纳入标准：①来自医共体总医院、中医院、妇幼保健院和基层医疗卫生机构的不同部门；②熟悉医共体建设工作现状；③认同本课题研究并自愿参与访谈。（2）选取具有代表性的二手资料进行分析，主要包括能够反映系统而全面的顶层设计的政策性文件和新闻报道，最终确定国家、河南省、巩义市县域医疗卫生共同体建设相关文件 4 份、案例县域医共体管理制度文件 2 份、中国医院协会信息专业委员会关于案例县域医共体的新闻报道 1 份。

1.2 访谈提纲

通过查阅国内外有关医共体信息化建设、整合服务研究的文献制定访谈提纲，经预调查、征询专家意见后对提纲做进一步完善。主要访谈内容及主题包括：（1）医共体在信息化建设进程中的特色？亮点及显著成效；（2）医共体利用信息技术进行联动帮扶、纵向协作的情况；（3）医共体利用信息技术开展全专结合、医防

融合的情况；（4）推行紧密型医共体的过程中存在的障碍；（5）医共体内成员单位沟通方式、频率及效果。除提纲中列出的问题，访谈者还会提出一些探索性问题，鼓励受访者分享与访谈主题相关的见解。

1.3 访谈实施

由课题组成员按预先拟定的访谈提纲以“面对面”形式在门诊的空诊室和会议室对访谈对象进行半结构化访谈。在深度访谈开始前，访谈者介绍研究的目的及过程，并向受访者承诺访谈遵循自愿、保密原则，以保证其清楚了解研究相关信息，在获得受访者参与研究的同意后全程录音，访谈时长控制在 30~50 min。根据信息饱和原则，访谈至第 22 名受访者时不再产生更多新信息，追加至 28 名受访者时仍未产生新的范畴，即视为理论饱和，抽样停止。

1.4 资料分析方法

采用 NVivo11 软件对资料进行整理和编码。程序化扎根理论是一种质性研究方法[12]，对所收集数据和资料信息进行开放式编码、主轴编码、选择性编码[13]，在反复推敲收集资料的基础上寻找核心概念，发掘概念间的潜在关联而形成理论。扎根理论的主要操作步骤包括：（1）反复推敲原始数据，产生初始概念；（2）发现概念间的潜在关联，识别主范畴；（3）选择性编码，进行理论抽象；（4）理论饱和性检验。

1.5 质量控制方法

本研究团队成员为在读博士研究生和硕士研究生，专业为社会医学与卫生事业管理和医院管理，均参与过定性研究理论培训和深度访谈的实践，且受访者与访谈者事先并不熟悉。为保证访谈资料的真实性和完整性，访谈过程中邀请 2~3 名团队成员，在不影响访谈进程的情况下参与访谈并记录。访谈结束后，由团队内两名成员独立地将访谈录音转录为文本，本研究未向受访者反馈访谈转录文本，但按照三角验证法，通过比较不同来源收集到的信息，以验证资料的真实性和可靠性，且编码过程采用多人编码的方法，对于存在争议的编码，由访谈者和编码员共同讨论交流，达成一致之后确定最终编码结果，尽可能确保相关结论的信度和效度。

2 结果

2.1 受访者基本情况

28 名受访者中，男 12 名（42.9%）、女 16 名（57.1%），年龄为 35~51 岁，平均年龄为（42.4±4.2）岁，见表 1。

2.2 开放性编码

经开放性编码梳理概念 132 条，基本范畴 48 个，以“A+序号”形式进行编码。经开放性编码形成的概念、范畴见表 2~3。

2.3 主轴编码

表 1 受访者基本情况（n=28）

Table 1 Basic information of the interviewees

项目	人数（名）	百分比（%）
岗位类别		
医共体/总医院分管医疗负责人	6	21.4
乡镇卫生院负责人	4	14.3
社区卫生服务中心负责人	3	10.7
县级医院临床医师	5	17.9
家庭医生团队长	3	10.7
家庭医生团队成员	7	25.0
性别		
男	12	42.9
女	16	57.1
年龄		
35~ 岁	7	25.0
40~ 岁	11	39.3
45~ 岁	10	35.7
学历		
专科	9	32.2
本科	16	57.1
硕士研究生	3	10.7
职称		
初级及以下	6	21.4
中级	11	39.3
高级	11	39.3
工作年限		
0~ 年	9	32.1
10~ 年	11	39.3
20~ 年	8	28.6

表 2 原始语句形成概念过程枚举

Table 2 Examples of the formation process from the original statement to the concept

编号	概念	原始语句
1	驻扎式帮扶	（1）上级医院有一套明确的下派制度，一般是一季度一驻扎 （2）我结束驻扎之后，后面也有医师下去接班继续驻扎
2	签约履约	（1）岗位是公卫人员，主要负责的是居民签约履约程度、慢病管理方面 （2）我们家庭医生团队上门为患者办理签约，开长期处方方便他们取药
3	同质化服务	（1）乡镇医院负责抽血，由总院出具检查报告，总院能化验的项目，乡镇医院都能化验 （2）总医送的外检项目，乡镇医院也可以抽血送到总院送出外检
4	慢性病管理	（1）将突破临界值的危急患者重要信息发送至相应的家医团队以及辖区内的村卫生室、社区卫生服务中心 （2）具体包括对患者慢病管理，掌握东华系统协助团队队长进行登记
5	巡回专家医疗队	（1）我们两个还各自带了一个医疗巡回组，每星期去一家乡镇卫生院 （2）我们总院制定的有巡回计划，总院几个医生分别带个队
6	跨机构检查申请	（1）总医院所有下属医疗机构的医生都可以实时看到患者的检查报告，患者也可在下属任意一家医疗机构取检查报告 （2）可在协同单位开具外检项目，在协同单位医生工作站查看外检检验结果，打印检验报告



表 3 经开放性编码形成的基本范畴和概念

Table 3 Development of basic scope and concepts using open coding

编码	基本范畴	概念	节点（个）
A1	网络信息安全	人脸识别认证，保证信息安全	6
A2	创互联网医院	网上挂号，视频问诊，预约化验检查，购药及药物配送到家	5
A3	医防教一体化	五病共管医防融合，预防关口前移，健康宣教，随访	15
A4	党委政府主导	党委领导政府主导，防治管结合，一把手工程	4
A5	电子化报告单	增加外检项目，基层可直接查看打印报告	5
A6	电子化健康卡	就医一卡通，河南省电子健康卡	4
A7	电子双向转诊	基层医疗机构首诊制，起付线减免政策，双向转诊	9
A8	公卫医疗互联	调阅患者历次就诊记录、处方信息、检验检查报告等，结果互认	9
A9	共享健康档案	手机查询健康档案，检查检验，住院花费清单	5
A10	急救复苏单元	建设急救站或急救复苏单元，连贯急诊医疗服务，急救圈，一体化运作	8
A11	家庭医生服务	组建家庭医生团队，签约履约，家庭病床	26
A12	健康促进活动	科普讲坛巡讲，循环展播	11
A13	降低医疗成本	末期下转，节省交通费用	10
A14	救治绿色通道	五大中心，危重病救治绿色通道，院前急救，院内多学科联合诊治	8
A15	媒体健康科普	微信公众号，推送健康科普知识，推送疾病防治知识	6
A16	聘请业务院长	聘任专家担任业务院长	6
A17	医共体的成效	数字化医院 A 级，全国县级百强医院，医改先进集体	10
A18	全民健康信息	全民健康信息平台，覆盖各成员单位及辖区村卫生室	4
A19	人工智能辅助	人工智能辅助诊断	1
A20	深化工作部署	探索发展新路，管理服务	2
A21	数据共享平台	院内信息平台，医共体信息平台，全民健康信息平台	5
A22	提高管理效率	梳理问题，优化流程，全面提升	5
A23	提升就医体验	同质化服务，优化患者门诊体验，硬件建设	19
A24	统一分配管理	行政统一，业务统一，人员统一，信息统一，药械统一	6
A25	协同管理慢病	与协同医院及政府协作，慢性病管理	13
A26	信息标准改造	核心机房，互联网 VPN 技术，安装统一操作系统	10
A27	信息化云系统	标准的 HIS，区域 PACS，区域 LIS，云公卫系统	9
A28	巡回帮扶计划	巡回专家医疗队	4
A29	延续服务团队	延续医疗护理服务团队，服务延伸	14
A30	医保基金结余	总额预付、结余留用、合理超支分担，医保基金结余	6
A31	医保智能审核	医保智能审核	2
A32	医共体委员会	创新医共体管理体制，实行双周例会制度，落实重点任务	12
A33	医疗服务中心	远程影像，远程超声，远程会诊，远程心电，远程慢病，远程胎心，医学模拟，区域检验中心	15
A34	医疗数据管理	大屏展示医疗数据，查询人次，查询费用，查询收入	7
A35	医疗过程监管	监管患者的诊疗过程，查看医疗信息，系统提醒	7
A36	医养康复服务	医养康复中心，上门居家服务	6
A37	应用菜单医嘱	门诊常见病的医嘱模板	2
A38	影像检查联通	跨机构检查申请	4
A39	远程培训支持	帮助基层医生诊断疑难杂症，提供医疗技术方面的支持，手术示教	4
A40	远程血压血糖	远程血压中心，远程血糖中心	12
A41	远程医疗设备	带有远程视频会诊功能的多功能读卡器，远程会诊视频系统	3
A42	远程指导治疗	一体化远程视频会诊系统，患者病历的在线共享，24 h 坐诊及时答复，预约时间答复	13
A43	云心电图设备	配备心电图设备，配套采集端软件，云心电系统，申请专家判读	10
A44	整体帮扶计划	一科帮一院	19
A45	制作临床路径	制作住院常见病临床路径模板，治疗疾病效果同质化	2
A46	预约服务项目	静脉采血，伤口换药，造口护理，新生儿护理，康复指导	12
A47	驻扎帮扶计划	驻扎式帮扶，一对一带教，坐诊，义诊	33
A48	收支统一管理	统一管理、分户核算，收入、补助由总医院统筹拨付使用	7

注：HIS= 医院信息系统，PACS= 影像归档和通信系统，LIS= 实验室信息管理系统。

在开放式编码基础上，通过细化、调整、分类、合并 48 个范畴，根据联结关系归纳主范畴，经主轴编码获得 6 个主范畴，分别为：紧密型县域医共体顶层设计、上下联动机制、医防融合机制、数据共享机制、基金管理机制、紧密型县域医共体高质量发展。主范畴以“B+序号”形式编码，见表 4。

2.4 选择性编码

在主轴编码的支撑下，深入分析 6 个主范畴和 48 个范畴，寻找能全面覆盖范畴的核心范畴，构建起核心范畴与主范畴、范畴的关联网络，进而创新性地提炼出理论框架。经过对范畴间相互关系及编码的研究，最终确定“信息化对紧密型县域医共体建设的赋能模式”为核心范畴。围绕该核心范畴的故事线为：在顶层设计指导下，紧密型县域医共体通过信息化建设，对医共体内各级医疗机构的核心服务实施一体化管理，有效促进了成员单位间的分工协作、服务整合、互联互通以及利益共享、风险共担，建设成为责任、管理、服务、利益四个共同体，增强县域医共体的内生动力和可持续性，让有限医疗资源获得更大健康价值。在此基础上，构建信息化对紧密型县域医共体建设的赋能模式分析框架，见图 1。

3 讨论

本研究聚焦信息化赋能与紧密型县域医共体内部管理问题，发现信息化基础设施、信息化云系统的赋能情境，揭示了在紧密型县域医共体顶层设计的管理布局下，信息化赋能模式主要通过四个机制，即上下联动机制、医防融合机制、数据共享机制、基金管理机制，各机制协同作用致力于有效赋能基层医疗卫生服务，构建网格化、连续化、智慧化县域医疗卫生服务体系。本研究不仅响应了王舒云等[14]关于深入探索优化医共体内部管理的呼吁，而且通过构建信息化对紧密型县域医共体建设的赋能模式，为未来的研究提供了新的视角。

3.1 紧密型医共体顶层设计

政策与制度的顶层设计对于县域医共体建设的推动与协调起着根本性作用，在很大程度上决定了医共体整体服务能力提升的程度和效果。G 县推行分级诊疗初期的难点在于基层服务能力低[15]、缺乏顶层设计、信息化建设不完善。G 县县委县政府高度重视医改工作，成立了紧密型医共体建设领导小组和医共体管理委员会，建立了人财物一体化管理组织架构和运行机制，派驻业务院长作为连接县医院与基层单位的桥梁，将县级医院的管理理念和先进做法引入乡镇卫生院的建设中[16]。郭薇等[17]指出信息化建设是打通多元主体资源、管理、技术、服务等壁垒的重要“交通枢纽”，G 县信息化基础设施改造和信息化云系统的构建，破除了不同主体间的信息与服务壁垒，提升了医疗机构间的信息互联互通水平。这一系列顶层设计，为提高管理服务质量提供政策支持，也为向基层辐射优质医疗资源奠定了制度基础。

3.2 上下联动机制

双向转诊是分级诊疗的核心内容，有学者研究发现目前与分级诊疗相关的研究主要探讨完善三医资源的合理配置[14]，而加强医共体内数据互通共享和业务协同是打破资源困境，完善服务功能的重要措施。G 县医共体依托双向转诊信息平台，实现了电子转诊信息的高效传递与精准对接，显著优化了就诊流程，提升了医疗服务的响应速度与协同效率。与此同时，G 县医共体开展疑难危重症诊治技术攻关，发挥多学科优势互补作用，构建集成 5G 通信技术的即时急救启动机制，为患者开通了危重病救治绿色通道，有效提高危急重症患者的救治率。至此，G 县医共体通过电子化双向转诊、智慧急救体系形成了数字化有序诊疗的格局。此外，诊断同质化、检查结果互认的一体化机制是实现上下联动和区域协同发展的重要基础[14]，广东省佛冈县通过信息化平

表 4 经主轴编码形成的主范畴、范畴及频次
Table 4 Development of main scope，scope and frequency using axial coding

编号	主范畴	范畴	节点（个）	频率（%）
B1	紧密型县域医共体顶层设计	A4 党委政府主导、A16 聘请业务院长、A20 深化工作部署、A24 统一分配管理、A26 信息标准改、A27 信息化云系统、A32 医共体委员会	49	11.81
B2	上下联动机制	A5 电子化报告单、A7 电子双向转诊、A10 急救复苏单元、A14 救治绿色通道、A28 巡回帮扶计划、A33 医疗服务中心、A38 影像检查联通、A39 远程培训支持、A40 远程血压血糖、A41 远程医疗设备、A42 远程指导治疗、A43 云心电图设备、A44 整体帮扶计划、A47 驻扎帮扶活动	147	35.42
B3	医防融合机制	A3 医防教一体化、A8 公卫医疗互联、A11 家庭医生服务、A12 健康促进活动、A15 媒体健康科普、A25 协同管理慢病、A29 延续服务团队、A36 医养康复服务、A46 预约服务项目	112	26.99
B4	数据共享机制	A2 创互联网医院、A6 电子化健康卡、A9 共享健康档案、A18 全民健康信息、A19 人工智能辅助、A21 数据共享平台、A34 医疗数据管理、A35 医疗过程监管、A37 应用菜单医嘱、A45 制作临床路径	42	10.12
B5	基金管理机制	A30 医保基金结余、A31 医保智能审核、A48 收支统一管理	15	3.61
B6	紧密型县域医共体高质量发展	A1 网络信息安全、A13 降低医疗成本、A17 医共体的成效、A22 提高管理效率、A23 提升就医体验	50	12.05

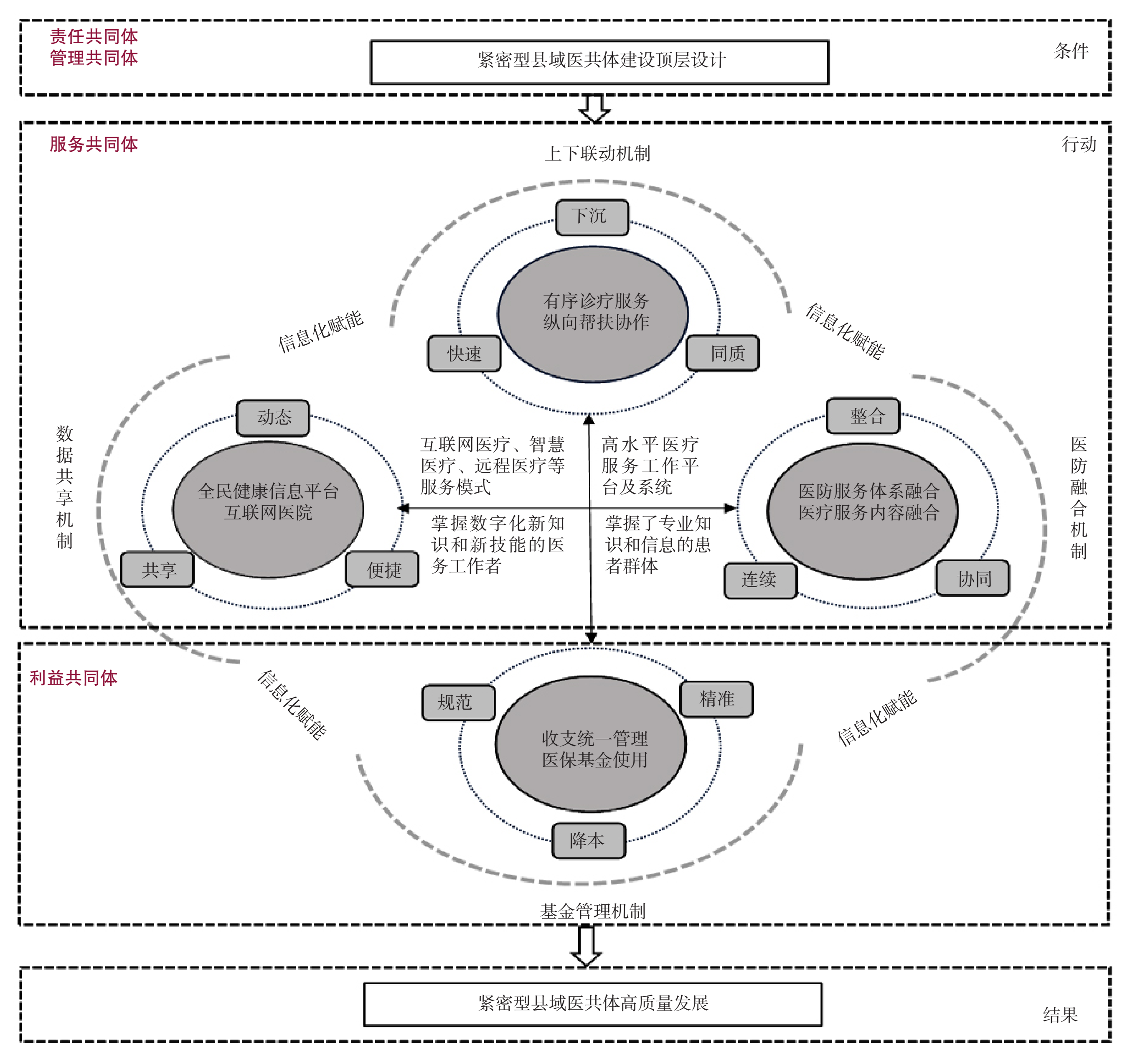


图 1 信息化对紧密型县域医共体建设的赋能模式

Figure 1 The enabling model of information technology for the construction of close-knit medical communities

台建设赋能，由省人民医院结对帮扶县人民医院医联体建设，提升了同质化管理水平[18]。近年来，G 县医共体也利用信息系统远程技术，以设立远程影像、远程会诊、远程心电等十二大医疗服务中心的方式，全面推广“基层检查 + 县医院诊断”模式[19]，实现全县医疗机构资源共享、检查检验结果互认。在协作帮扶方面，G 县医共体通过信息技术为乡镇分院注入发展动力，具体而言，引进了数字化医疗设备，利用数字管理平台，实现了专家远程授课、实时技术指导与管理支持。同时，结合线下客座专家授课与线上学习资源，为乡镇卫生院的业务骨干定制了包括上级医院进修在内的多元化培训路径，以驻扎式帮扶和巡回专家医疗队的复合模式，确保了技术指导和服务支持的深度。在此基础上，实施线上线下一体化的绩效考核体系，确保服务质量与效率的双重提升。信息技术深层次地驱动了 G 县医共体服务供给体系的重塑，从基础设施改造、技术水平提升、管理能力提高等各方面全方位提升成员单位的医疗服务供给能力和水平。

3.3 医防融合机制

公共卫生平台与医疗系统的整合，对于开展疾病预防、筛查、诊治、护理、康复等一体化服务体系建设和服务内容融合意义重大[20]。丛凡超等[21]的研究指出，目前我国医防信息割裂，制约医防融合工作的开展。G 县医共体在预防、筛查、诊治方面，依托家庭签约服务，

将诊断或体检出的重点人群信息推送到基本公共卫生系统，为成员单位配备远程血压测量设备，并将信息推送家庭签约医生进行规范管理，将服务关口前移，有效推进医防融合实践。在护理、康复方面，患者通过电话、网络预约，医共体安排离患者最近的延续医疗护理团队上门为患者提供服务，保证了服务的连续性[22]。整体而言建立起了预防、医疗、康复与健康教育等全链条的整合运营体系，促进了医疗卫生资源的整合和高效利用。

3.4 数据共享机制

数据共享对于强化不同医疗机构间的信息无缝衔接与高效互通，实现患者健康信息和电子病历数据的连续记录与统一整合具有重要作用[22]。G县医共体建设初期，信息的共享与利用受限是造成医共体内管理困难、效率低下的重要原因。为此，G县医共体建设覆盖包括村卫生室在内的各成员单位全民健康信息平台，实现远程中心数据共享，提高了服务衔接的效率。开通互联网医院，通过信息技术对医疗健康服务各环节的充分赋能，实现了“医疗、医药、检查、健管、监管”环节的数字化和智能化。智慧共享中药房运用计算机煎药系统管控接方、审方、调配、审核、浸泡、煎煮、打包、发药等全过程。此外，G县医共体制定临床路径，规范医疗行为，并综合运用人工智能诊断系统，辅助医生规范化精准化治疗，为临床决策提供了支持，拓展了医疗服务的广度和深度[23]。

3.5 基金管理机制

2020年起，G县按照“总额预付、结余留用、合理超支分担”原则，将医保基金90%打包拨付医共体。牵头医院按照“统一管理，分户核算”原则对各成员单位非税收入、财政补助、基本公共卫生补助进行集中统一管理，统筹拨付使用。医疗行为规范监测系统有利于动态监测医共体内基金运行、医疗费用使用等情况并进行数据分析及反馈[24]。而有研究显示，目前我国部分医共体尚未建立起有效监管和评估机制，导致资金未能精准投入到最需要和最能产生效益的领域[9]。针对这一问题，G县医共体医保系统对全县医疗机构医师诊疗行为进行事前、事中、事后监管，全方位覆盖医院所有医保业务，全面提升精细化监管能力，确保资金的合理应用。

3.6 研究局限性

本研究重点对紧密型县域医共体内部管理过程中信息化赋能医疗服务流程的作用机制进行了探讨，采用了单案例研究方法，尽管按照严格的标准选取了具有代表性的G县医共体作为研究对象，但案例样本仍存在其自身的组织与管理特性，具有扩展性和复制性方面的局限，信息技术在G县医共体统一管理中的作用、效果与路径是否在其他医共体也能够得到推广与应用，仍有待于进一步检验，未来可加入不同地区的医共体进行嵌套式多案例研究，来检验本研究结论，以增强研究的外部效度。此外，本研究提炼出紧密型县域医共体顶层设计等6个主范畴，除此之外，是否还有其他主范畴，还有待于进一步探讨。基于上述分析，在后续的研究中可以进一步挖掘信息技术的潜能，使其在医共体内部管理的实际应用中发挥更大的价值，为更多紧密型县域医共体的高质量发展赋能。

4 小结

信息化建设是构建整合型卫生健康体系的重点之一[25]，在县域医共体建设中起到关键作用。对此，G县持续推进紧密型医共体内信息系统的标准化统一进程与深度整合，构建了功能完备、运作高效的一体化信息平台。以此为抓手，将县、乡、村各医疗机构的人、财、物等资源以及业务开展，运营管理等统一纳入到医共体管理，打通牵头医院与各分院间的信息孤岛和业务壁垒。在这一进程中，信息技术在医共体服务过程中得到广泛应用和深度扩散，掌握数字化知识与技能的医务工作者、高水平医疗设备与工具以及数字化诊疗流程的结合，充分释放了医共体的协同效应。信息技术使得医疗机构突破因地域分散所导致的时间和空间局限，打破了传统医疗卫生服务体系难以兼顾“提高医疗服务质量、增加医疗服务可及性和降低医疗服价格”的“不可能三角[26]，实现了医共体内跨机构、跨区域、跨领域互联互通、共建共享，推动县域内实现了不同层级医疗机构的上下联动、医防业务相互渗透、医疗信息共享互通和灵活高效的基金管理，巩固了医共体三级成员单位在管理、责任、服务、利益方面的协同关系，切实推动紧密型县域医共体高质量发展。

作者贡献：边颖负责研究构思与设计、研究实施、论文撰写；尹刚指导研究实施，对文章进行质量控制与审查，负责论文修订；张梓洵参与研究设计；陶红兵负责课题的构思与设计，提出研究目标，对文章整体负责。

本文无利益冲突。

边颖 https://orcid.org/0009-0004-1728-5134

张梓洵 https://orcid.org/0009-0001-3263-8629

参考文献

[1] 王红波，张开然，龚曦. 县域医共体与医保的协同发展：理论缘由、实践困境与优化策略[J]. 中国卫生政策研究，2023，16(9)：1-7.

[2] 关于印发紧密型县域医疗卫生共同体建设评判标准和监测指标体系（试行）的通知[EB/OL].（2020-09-18）[2024-07-03]. http://www.nhc.gov.cn/jws/s7882/202009/4ef05c4d525f4a61bb4178681627a82d.shtml.

[3] 国务院办公厅关于推动公立医院高质量发展的意见[EB/OL].（2021-06-04）[2024-07-03]. http://www.nhc.gov.cn/bgt/gwywj



2/202106/034d0ba894fa4acfb9ed19692514c1b5.shtml.

［4］关于印发公立医院高质量发展促进行动（2021—2025 年）的通知［EB/OL］.（2021-09-14）［2024-07-03］. http://www.nhc.gov.cn/yzygj/s3594q/202110/9eed14e125b74f67b927eca2bc354934.shtml.

［5］关于全面推进紧密型县域医疗卫生共同体建设的指导意见［EB/OL］.（2023-12-20）［2024-02-05］. http://www.nhc.gov.cn/jws/s7874/202312/e5d16e73fa324533bcc8f75755844726.shtml.

［6］李雪，熊季霞，王兆娟 . 医联体协同治理的生成路径与实现策略［J］. 卫生经济研究，2022，39（12）：4-7. DOI：10.14055/j.cnki.33-1056/f.2022.12.002.

［7］俞淦泉，郑彩云，王欣 . 紧密型治理影响县域医共体绩效的组态路径研究［J］. 中国卫生经济，2023，42（11）：24-27，65.

［8］蒋文秀，张冬梅，张芮，等 . 整体性治理下我国县域医共体信息化建设现状分析［J］. 中国医院管理，2023，43（1）：57-60.

［9］林梓，顾海 . 数智赋能视域下医共体医防融合的创新机制与实现路径［J］. 南京社会科学，2024（6）：47-54. DOI：10.15937/j.cnki.issn1001-8263.2024.06.006.

［10］石晶金，胥婷，季新华，等 . 上海市三级公立医院医疗信息共享现状调查［J］. 中国医院管理，2023，43（8）：52-55.

［11］李建涛，王思琦，张利宏 . 信息化赋能：紧密型县域医共体流程优化机制研究［J］. 管理案例研究与评论，2022，15（4）：359-370.

［12］STRAUSS A，CORBIN J M. Basics of qualitative research: grounded theory procedures and techniques［J］. Modern Language Journal，1990，77（2）：129.

［13］王思琦 . 基于紧密型县域医共体山西模式的乡镇医疗服务数字赋能研究［D］. 太原：山西医科大学，2021.

［14］王舒云，梁夏，李霞，等 . 中国县域医共体研究热点与前沿分析［J］. 中国全科医学，2025，28（1）：83-88. DOI：10.12114/j.issn.1007-9572.2024.0099.

［15］王斐玉 . 给紧密型县域医共体建设打个 “巩义样板”［J］. 中国医院院长，2023，19（8）：50-53.

［16］黄离团 . 福建省以县域医共体为中心的医联体建设实践［J］. 卫生经济研究，2023，40（10）：53-56，60. DOI：10.14055/j.cnki.33-1056/f.2023.10.011.

［17］郭薇，李烨，李圆圆，等 . 基于社会网络分析和多维尺度分析的县域医共体医防融合研究［J］. 中国医院，2023，27（6）：1-5. DOI：10.19660/j.issn.1671-0592.2023.06.01.

［18］张海澄，余新艳，王红宇，等 . 远程心电筛查助力分级诊疗的管理难点及瓶颈［J］. 中国全科医学，2023，26（5）：525-531，540. DOI：10.12114/j.issn.1007-9572.2022.L0002.

［19］叶晓，闫晓波 . 巩义市紧密型医共体建设实践探索［J］. 中国医院，2021，25（9）：1-2. DOI：10.19660/j.issn.1671-0592.2021.9.01.

［20］邓宏宇，吴森森，杨正，等 . 紧密型县域医共体医防融合慢性病管理创新模式构建研究［J］. 中国全科医学，2023，26（22）：2720-2725. DOI：10.12114/j.issn.1007-9572.2023.0150.

［21］丛凡超，贾仓仓，李志光 . 中国式现代化进程中医防融合的发展路径研究［J］. 卫生经济研究，2024，41（10）：6-9. DOI：10.14055/j.cnki.33-1056/f.2024.10.003.

［22］王书平，黄二丹 . 面向未来的我国整合型医疗卫生服务体系的核心及关键点［J］. 卫生经济研究，2023，40（7）：5-8. DOI：10.14055/j.cnki.33-1056/f.2023.07.018.

［23］师博，魏倩倩 . 数字经济与实体经济融合的制度安排［J］. 经济与管理评论，2024，40（2）：17-28. DOI：10.13962/j.cnki.37-1486/f.2024.02.002.

［24］黄凌波，张兴隆，刘佩芸，等 . 基于多维尺度分析和社会网络分析的紧密型县域医共体 “打包付费” 问题研究［J］. 中国卫生经济，2024，43（1）：26-30.

［25］梁万年 . 构建优质高效的整合型卫生健康体系［J］. 中国全科医学，2024，27（19）：2301-2304. DOI: 10.12114/j.issn.1007-9572.2024.A0015.

［26］庞瑞芝，李倩楠 . 新质生产力推动卫生资源配置结构优化的内在机理与路径［J］. 学习与探索，2024（5）：120-131.

（收稿日期：2024-08-12；修回日期：2024-10-29）
（本文编辑：王凤微）